

(様式 3 - 5 - 4)

## 結核指定医療機関記載事項変更届

指定機関	種 別	結核指定届出機関
	番 号	第 号
	名 称	
	所在地	
変更事項	旧	
	新	
変更年月日		
変更理由		

上記のとおり変更したので届け出ます。

年 月 日

開設者

住 所

〔 法人にあつては主たる  
事務所の所在地 〕

氏 名

〔 法人にあつては法人の  
名称及び代表者氏名 〕

印

(あて先) 甲 府 市 長